

EVALUACION/PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS

NOMBRE DEL CLIENTE/RESIDENTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DIRECCION			MARQUE EL TIPO DE PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS <input type="checkbox"/> ADMISION <input type="checkbox"/> PONER AL DIA
PERSONA(S) O AGENCIA(S) QUE ENVIA AL CLIENTE/RESIDENTE PARA SU COLOCACION			NUMERO DE LICENCIA DEL ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO ()

Los ordenamientos de licenciamiento requieren que se complete una evaluación de necesidades para clientes/residentes específicos para identificar las necesidades individuales y desarrollar un plan de servicios para satisfacer esas necesidades. Si el cliente/residente es aceptado para su colocación, el empleado encargado de la admisión desarrollará un plan de necesidades y servicios junto con el cliente/residente y/o el representante autorizado del cliente/residente, agencia/persona que le envió, doctor, trabajador social u otro consultor apropiado. Además, la ley requiere que la agencia/persona que envió al cliente/residente, le informe a la persona con licencia sobre cualquier tendencia peligrosa que el cliente/residente pudiera tener.

NOTA: Este formulario no se requiere durante la admisión a los establecimientos residenciales para el cuidado de ancianos pero se tiene que completar si se determina que las necesidades de un residente anciano no se han satisfecho.

INFORMACION SOBRE ANTECEDENTES: Acerca del cliente/residente, breve descripción de su historial médico/problemas emocionales, de comportamiento y físicos; limitaciones funcionales, físicas y mentales; capacidad funcional, habilidad de manejar sus recursos económicos y llevar a cabo simples tareas domésticas; lo que le gusta y lo que no le gusta.

NECESIDADES	OBJETIVO/PLAN	PERIODO DE TIEMPO	PERSONA(S) RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION	METODO PARA EVALUAR EL PROGRESO
SOCIALIZACION — Dificultad para ajustarse socialmente y no poder mantener relaciones personales razonablemente.				
EMOCIONALES — Dificultad para ajustarse emocionalmente.				

NECESIDADES	OBJETIVO/PLAN	PERIODO DE TIEMPO	PERSONA(S) RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION	METODO PARA EVALUAR EL PROGRESO
MENTALES — Dificultad con el funcionamiento intelectual incluyendo la inhabilidad de tomar decisiones acerca de la vida diaria.				
FISICAS/DE SALUD — Dificultad en el desarrollo físico y malos hábitos de salud en relación a las funciones corporales.				
HABILIDADES FUNCIONALES — Dificultad en el desarrollo y/o uso de habilidades funcionales independientes.				

Yo (o nosotros) creo que esta persona es compatible con el programa del establecimiento y con otros clientes/residentes del establecimiento y que yo (o nosotros) puedo proporcionar el cuidado como se especifica en el objetivo(s) y plan(es) mencionados anteriormente.

SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTE CLIENTE/RESIDENTE NO NECESITA CUIDADO CUIDADO MEDICO CONTINUO NO INTENSO (SKILLED NURSING CARE).

FIRMA DE LA PERSONA(S) CON LICENCIA

FECHA



He revisado y estoy de acuerdo con la evaluación anterior, y creo que la persona(s) con licencia, otra persona(s)/agencia puede proporcionar los servicios que necesita este cliente/residente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO DEL CLIENTE O RESIDENTE/TRABAJADOR SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO/DOCTOR/OTRO CONSULTOR APROPIADO

FECHA



Yo (o nosotros) he participado en esta evaluación y estoy de acuerdo en entregar esta evaluación a la persona(s) con licencia bajo la condición que se mantendrá confidencialmente.

FIRMA DEL CLIENTE/RESIDENTE O DEL REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO DEL CLIENTE/RESIDENTE

FECHA

